

 ASSOCIAZIONE Teseo Provider ECM Nazionale Standard n 187	 E.C.M. Commissione Nazionale Formazione Continua	 agenas.	 AS. ME. CO.
Titolo del programma: IL MEDICO COMPETENTE: OLTRE LA SORVEGLIANZA SANITARIA		n°	
sede: <i>Sala Conferenze, via Padre M. Vergara - Frattamaggiore</i>		data	18/12/2015

Oggetto:	SCHEDA DI PARTECIPAZIONE						Mod. n°	30	Rev. n°	3	del	05/01/2012
Cognome e nome												
Luogo di nascita										Data Nascita	/ /	
Codice fiscale (16 lettere e numeri)												
Indirizzo	n°											
CAP	Città									Prov.		
Professione							Specializzazione (solo x medici)					
Ordine Professionale <input type="checkbox"/> Collegio Professionale <input type="checkbox"/>	Associazione Professionale riconosciuta CO.GE.APS <input type="checkbox"/>				Nome organizzazione			provincia/regione	n°			
Libero professionista <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Convenzionato <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Dipendente <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>				
Telefono						CELLULARE						
Indirizzo e-mail (leggibile)	@						Socio ASMECO 2015		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì		
Intestazione fattura	<input type="checkbox"/> PERSONALE	<input type="checkbox"/> ALTRO	INTESTAZIONE			VIA		CITTA'				
P. Iva (11 numeri)												
Dati pagamento NB numero chiuso - (data pagamento elemento preferenziale in caso di superamento tetto)	BONIFICO BANCARIO		C/ C INTESTATO A:				BANCA					
<input type="checkbox"/> 28.00 € (Soci ASMECO, TPALL, INFERMIERI)	<input type="checkbox"/> 35,00 € (Non Soci ASMECO)			<input type="checkbox"/> 17.50 € (Specializzandi non Soci ASMECO)			DEL	/	/	CRO		

Beneficiario: ASSOCIAZIONE TESEO - Banca Popolare dell'Emilia Romagna IBAN: IT15L0538703407000001303508

- CAUSALE DEL BONIFICO BANCARIO: indicare cognome e nome del partecipante e corso
- SCHEDA D'ISCRIZIONE: compilare a stampatello tutti i campi; l'assenza di estremi del pagamento può inficiare l'iscrizione
- RINUNCIA AL CORSO: fino 30 gg prima diritto ad una restituzione del 50%. Oltre nulla è dovuto.

Consapevole dei risvolti di legge per chi rilasci dichiarazioni mendaci, il sottoscritto accetta le condizioni previste ed attesta che:

- Non è stato invitato a partecipare all'evento da nessuna Azienda Farmaceutica/produttrice di dispositivi medici (a spese dell'azienda od al)
- E' stato invitato a partecipare all'evento, a spese dell'azienda farmaceutica/produttrice dispositivi medici: _____

P.S.: informazioni espressamente richieste dal Ministero della Salute AGENAS per l'attribuzione dei crediti ai partecipanti.

Con la firma in calce si attesta quanto sopra e si autorizza l'Associazione Teseo - Provider n°187 Albo Nazionale

- al trattamento dei dati per tale esclusivo impiego ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/03
- alla spedizione a mezzo e-mail in formato PDF di fattura, esito prova, certificazione crediti e materiale informativo

Data _____

Firma x esteso _____

Per una migliore comunicazione delle attività formative e per usufruire dei servizi online, è gradita registrazione sulla piattaforma Teseo al seguente indirizzo: www.teseoformazione.it/fad/login/index.php

crediti ECM previsti 8,5 - agli aventi diritto

Determina della CNFC del 18/1/2011 sulla regolamentazione del reclutamento dei partecipanti da parte degli sponsor

La Commissione premette che per "reclutamento" si intende il rapporto diretto tra lo sponsor e il partecipante all'evento formativo, che beneficia di vantaggi economici e non, per la partecipazione all'evento formativo stesso e che possono essere rappresentati dall'esonero del costo dell'iscrizione al corso, ai costi relativi, ai trasferimenti, pernottamenti e così via, stabilisce quanto segue: ≈ omissis ≈

Ogni professionista sanitario - all'atto della partecipazione all'evento formativo - deve consegnare al Provider dell'evento una copia dell'invito o una dichiarazione sottoscritta attestante l'invito, con firma autografa e leggibile unitamente ai propri dati anagrafici (c. f., nome, cognome, libero professionista/dipendente, professione, disciplina, nome sponsor). ≈ omissis ≈

Il Provider, al fine di trasmettere correttamente i report dei partecipanti alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua ECM o agli enti accreditanti e al Co.Ge.A.P.S., deve rammentare al partecipante il limite massimo di 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento acquisibili mediante reclutamento diretto e - all'atto della compilazione del report contenente l'elenco dei partecipanti ai corsi ECM - deve indicare negli appositi spazi il nome dello sponsor. ≈ omissis ≈

L'ordine, il collegio o l'associazione, nei cui albi è iscritto il professionista sanitario, dovrà certificare i crediti formativi attestati dai Provider con invito a carico di uno o più sponsor, fino alla concorrenza di massimo 1/3 dei crediti formativi acquisiti nel triennio di riferimento (2011-2013).

Associazione di Formazione TESEO - Provider ECM Nazionale Standard n°187

P. IVA 04059951212

Via Supportico degli Astuti, 28 - 80132 Napoli

e-mail: info@teseoformazione.it sito: www.teseoformazione.it

cell. 3347359042 fax 0816580700 tel.0817644081